Rok XLVI. Kraków, dnia 5 października 1907. Nr 40.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Postępowanie lekarza przy ścieśnieniach miednicy [1]).

Podał

Doc. Dr Stanisław Dobrowolski.

Prowadzenie porodów przy miednicach ścieśnionych należy do zadań trudnych, wymaga ono bowiem znacznego doświadczenia, a prócz tego wymaga ciągłego uwzględniania życia dwóch osobników, z których żadnego lekceważyć nie należy.

Nierzadko zwracają się do lekarza kobiety ze ścieśnionemi miednicami już w czasie ciąży, żądając od niego określenia warunków i postępowania przy zbliżającym się porodzie. Musi on wówczas wyczerpać wszystkie sposoby badania, by stworzyć sobie, o ile możności, jak najściślejszy obraz niestosunku porodowego w danym przypadku i zastanowić się, czy też nie należy już w ciąży zastosować jakiegoś sposobu leczniczego.

Przerywanie ciąży we wczesnych jej miesiącach wyłącznie z powodu ścieśnienia miednicy, choćby bezwzględnego, dzisiaj już niema zastosowania. Natomiast jest w użyciu wywoływanie przedwczesnego porodu między 34. a 36. tygodniem trwania ciąży u wieloródek z miednicami płaskiemi, gdzie sprzężna prawdziwa nie jest mniejsza niż 7·5 cm., a z miednicami ogólnie ścieśnionemi, gdzie sprzężna nie schodzi poniżej 8 ctm. Bliższe warunki i wskazania przedwczesnego porodu będą omówione szczegółowo w części operacyjnej.

Używa się dalej już w ciąży w celu zmniejszenia niestosunku porodowego dyety, podanej przez Prochownika. Dyetę tę stosuje się w ostatnich 4—8 tygodniach ciąży, a jest ona bardzo podobna do dyety, ogólnie używanej w cukrzycy, mianowicie polega na znacznem ograniczeniu ilości płynów i zupełnem usunięciu węglowodanów. Zakazuje się picia wody, spożywania zup, ziemniaków, legumin, cukru i piwa, dozwala się zaś w małej ilości na wszelakie mięso, ryby, jaja, jarzyny zielone, sery, masło, a jako wyłączny napój wino czerwone w ilości 300—400 gramów na dobę. Chociaż statystyka wyników takiego postępowania nie jest dotychczas obszerna, zachęca jednakże do dalszych prób. Płody, rodzące się po przeprowadzeniu takiej dyety, są chude i mają miękkie kości z powodu małej ilości soli wapniowych, są jednak zresztą donoszone, a przez to mają lepsze warunki do życia pozałonowego, niż dzieci, urodzone przy porodach przedwczesnych.

Lekarz, wezwany do kobiety już rodzącej ze ścieśnioną miednicą, musi przedewszystkiem uwzględnić wszystkie dane z wywiadów, następnie przez ścisłe badanie i śledzenie porodu stworzyć sobie dokładne pojęcie o niestosunku porodowym, bo jego postępowanie w każdym przypadku powinno być osobnicze, a nie dostosowane do jakiegoś utartego szablonu, bo takiego w rzeczywistości nie ma i stworzyć się on nie da.

Nie brakło jednak w tym kierunku prób i starano się ścieśnione miednice podzielić na pewne rodzaje i stopnie w tym celu, aby do pewnych ścieśnień dostosować pewne zabiegi. I tak Litzmann podzielił ściśnienie miednicy na cztery stopnie: Pierwszy stopień stanowią miednice bezwzględnie ścieśnione, w których sprzężna prawdziwa mierzy mniej, niż 5·5 cm.; przy takich ścieśnieniach poród płodu donoszonego, nawet pomniejszonego, drogami naturalnemi jest wyłączony. Drugi stopień obejmuje miednice, w których sprzężna prawdziwa waha się pomiędzy 5·5 a 7·3 cm.; w przypadkach tych jest możliwy poród płodu donoszonego, ale pomniejszonego z narażeniem jednak matki na poważne niebezpieczeństwa. Trzeci stopień ścieśnienia tworzą miednice, których sprzężna waha się pomiędzy 7·4 a 8·25 cm.; w przypadkach takich poród płodu donoszonego żywego jest już możliwy, ale bardzo ciężki. Wreszcie czwarty stopień obejmuje miednice ze sprzężną, większą niż 8·25 cm., przy których porody zwykle przebiegają pomyślnie, tak dla matki, jak i dla dziecka.

Hegar przyjmuje podział miednic również na cztery stopnie, ale nieco odmienny. Według niego pierwszy stopień obejmuje miednice, w których sprzężna prawdziwa jest mniejsza, niż 7 cm.; poród drogami naturalnemi płodu donoszonego jest w takich przypadkach niemożliwy. Drugi stopień, to ścieśnienia o sprzężnej między 7 a 8 cm., przy których donoszony płód zwykle urodzić się nie może, ale poród przedwczesny może wydać dziecko żywe. Trzeci stopień tworzą ścieśnienia o sprzężnej między 8 a 6 cm., gdzie poród płodu donoszonego jest już możliwy, ale często napotyka na znaczne przeszkody. Wreszcie czwarty stopień o sprzężnej, większej niż 9 cm., stanowi przejście do miednic prawidłowych.

Schroeder, Olshausen i Veit przyjmują znane trzy stopnie ścieśnienia: pierwszy stopień to miednice bezwzględnie ścieśnione o sprzężnej, mniejszej niż 6·5 cm.; drugi, gdzie sprzężna przy miednicach ogólnie ścieśnionych mierzy między 6·5 a 9·5 cm., a przy płaskich między 6·5 a 9 cm.; ścieśnienia te nie wyłączają porodu płodu donoszonego, ale narażają tak matkę, jak i dziecko na poważne niebezpieczeństwa; wreszcie trzeci stopień tworzy przejście do miednic prawidłowych.

Żaden z opisanych podziałów nie został ogólnie przyjęty, bo określanie postępowania wyłącznie ze stopnia i rodzaju ścieśnienia miednicy nie może być nigdy ścisłe. Stwarzanie takich sztucznych podziałów utrudnia tylko właściwe postępowanie i naraża lekarza na częste pomyłki w rokowaniu. Nieuwzględnianie zaś żadnych sztucznych podziałów zmusza lekarza do ścisłego określenia całego niestosunku porodowego i osobniczych warunków dla danego porodu, słowem do stworzenia sobie właściwego obrazu postępowania leczniczego w każdym przypadku z osobna.

Jedynie to jest pewne, że miednice bezwzględnie ścieśnione, w których sprzężna wchodu jest mniejsza niż 6 cm.,

[1]) Wyjątek z dzieła „Nauka o położnictwie", napisanego przez Prof. Dra H. Jordana i Doc. Dra St. Dobrowolskiego, a wydawanego przez Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich im. Ed. Korczyńskiego.

wyłączają możność porodu płodu donoszonego drogami naturalnemi i dają bezwzględne wskazania do cięcia cesarskiego.

Przystępując do prowadzenia porodu u kobiety z miednicą ścieśnioną musimy zawsze mieć na myśli tem baczniej zasadę: »*primum non nocere*«, bo tu łatwiej zaszkodzić można, niż przy porodach prawidłowych. Długie trwanie porodu, konieczność wykonywania zabiegów operacyjnych nakazuje dbać tem więcej o czystość, zakazuje niepotrzebnego badania, bo przez nie i łatwiej zakazić rodzącą i łatwo w pierwszym okresie przebić mimowoli pęcherz płodowy, ostrzega wreszcie przed pochopnością do wszelkich zabiegów.

Niektórzy zalecają dla utrzymania tem większej czystości przestrzykiwania pochwy tak przed, jak i w początkach porodu; nie jest to konieczne, czasami zaś nawet szkodliwe, bo przestrzykiwania zmniejszają kwaśność wydzieliny w pochwie, a przez to zmniejszają sprawność tego dzielnego czynnika samoobrony ustroju przed zakażeniem.

Zresztą powinno się, zwłaszcza u pierwiastek ze ścieśnionemi miednicami, stworzyć sobie obraz niestosunku nietylko przez jednorazowe zbadanie, ale także przez śledzenie porodu, pozostawiając go siłom przyrody, a przebieg porodu dopiero wskaże, czy może się on odbyć samorodnie, czy też konieczność wymaga jakiegoś zabiegu operacyjnego. U wieloródek prócz badania i śledzenia porodu przybywa jeszcze jeden ważny czynnik rozstrzygający, a jest nim przebieg porodów dawniejszych.

Do zabiegów, jakie najczęściej wypadnie lekarzowi wykonać przy miednicach nie bezwzględnie ścieśnionych, należą: cięcie cesarskie ze wskazania względnego *(sectio caesarea)*, cięcie łonowe czyli rozcięcie spojenia łonowego *(symphyseotomia)*, cięcie przyłonowe czyli rozcięcie kości łonowej *(hebosteotomia)*, obrót zapobiegawczy *(versio prophylactica)*, kleszcze osiowe *(forceps alta)*, a wreszcie wymóżdżenie *(craniotomia)* tak płodu nieżywego, jakoteż i żywego.

Już samo zestawienie tych zabiegów wskazuje, że w jednym i tym samym przypadku ścieśnienia lekarz musi zastanowić się nie nad jednym, ale nad kilku zabiegami, z których jedne są korzystniejsze dla matki, inne znowu dla płodu. Nieraz wskutek tego staje lekarz wobec ciężkiego zadania, bo musi rozstrzygnąć i brać na siebie całą odpowiedzialność za życie i zdrowie dwóch osobników. To trudne położenie nasuwa przedewszystkiem dwa pytania: 1) czy wśród porodu tak samo należy cenić życie i zdrowie matki, jak życie i zdrowie płodu? a 2) czy bez zgody rodzącej wolno lekarzowi wykonać zabiegi, zagrażające jej do pewnego stopnia, jak cięcie cesarskie ze wskazania względnego, rozcięcie spojenia lub kości łonowej? Odpowiedzi na te pytania muszą być niezgodne dopóty, dopóki zabiegi te, wykonane nawet we właściwych warunkach, dają pewien odsetek śmiertelności lub kalectwa matek.

Najsłuszniejszem zdaje się zdanie, że w każdym razie życie matki należy wyżej cenić, niż życie płodu, jednakowoż także życia płodu lekceważyć nie należy i powinno się wyczerpać przy każdym porodzie wszelkie środki, aby to życie także uratować. W odpowiedzi na pytanie drugie trzymamy się tej zasady, że przed każdym zabiegiem, dokonywanym ze wskazania względnego, żądamy przyzwolenia rodzącej lub jej rodziny.

Przechodząc do szczegółowych wskazań każdego z wymienionych zabiegów, zalecamy na podstawie doświadczenia ogólnego i własnego: Cięcie cesarskie ze wskazania względnego tylko u tych osób, u których możliwość istniejącego zakażenia jest bezwarunkowo wyłączona, gdzie płód jest dobrze rozwinięty, donoszony i nieomdlały, a ścieśnienie miednicy znaczne tak, że przy miednicach płaskich sprzężna wchodu mierzy mniej niż 7·5 cm., przy ogólnie ścieśnionych mniej niż 8 cm. Cięcie przyłonowe (rozcięcie kości łonowej) należy wykonywać wyłącznie u wieloródek, gdyż u nich nie ma już znacznych oporów ze strony części miękkich, a więc przypuszczać można, że poród po rozcięciu kości nie natrafi na znaczniejsze przeszkody, a przez to nie nastąpią rozległe rozdarcia, które po zniesieniu oporu kostnego łatwo się przydarzają, dotycząc nietylko przewodu rodnego, ale i narządów sąsiednich, a przedewszystkiem pęcherza. Prócz tego tylko u wieloródek istnieje prawdopodobieństwo dalszego samorodnego porodu i możliwość uniknięcia kleszczy, tak łatwo obrażających po rozcięciu kości łonowej pęcherz i okolicę łechtaczki. Cięcie przyłonowe powinno się wykonywać jako operację pierwotną przy stanie płodu zupełnie dobrym, bo o jego życie przecież chodzi, a nie jako operację następową po kleszczach osiowych, gdyż wiadomo, jak często zabieg ten uszkadza główkę płodu. Cięcie przyłonowe wykonywa się najczęściej przy miednicach ogólnie ścieśnionych, przyczem jednak sprzężna wchodu nie powinna schodzić poniżej 7 cm., główka bowiem płodu donoszonego, przeprowadzona przez miednicę rozciętą, ale znaczniej ścieśnioną, uszkodzi łatwo tak części miękkie, jak i stawy krzyżowo-biodrowe. Górnej granicy ścieśnień, przy której jest dopuszczalne cięcie przyłonowe, pociągnąć nie można, gdyż nawet przy nieznacznem ścieśnieniu może zmusić lekarza do tego zabiegu, tak znaczna wielkość główki, jakoteż jej nieprawidłowe wstawianie się do wchodu. Po cięciu przyłonowem należy dalszy poród o ile możności pozostawić siłom przyrody, bo w ten sposób postępując, najłatwiej ustrzeżemy się przed poważnemi obrażeniami części miękkich.

Cięcie przyłonowe (rozcięcie kości łonowej) daje to samo rozszerzenie miednicy, co cięcie łonowe (rozcięcie spojenia łonowego), a ponieważ jest zabiegiem bezwarunkowo dla matki łagodniejszym, dlatego wyparło z użycia rozcięcie spojenia. Rozszerzenie miednicy, uzyskane po cięciu przyłonowem, bywa podobnie nie trwałe, jak po cięciu łonowem. Wskazania i warunki do cięcia łonowego są te same, jak do cięcia przyłonowego.

Za obrót zapobiegawczy nie można uważać obrotu, jakiego się musi dokonać choćby przy miednicy ścieśnionej z powodu wadliwego położenia lub ułożenia płodu, lub też z powodu wypadnięcia pępowiny, albo części drobnych. Obrotem zapobiegawczym jest obrót przy właściwem położeniu i ułożeniu płodu, dokonywany jedynie ze względu na niestosunek porodowy w najkorzystniejszych dla tego zabiegu warunkach, tam, gdzie kierując się doświadczeniem sądzimy, że główka następująca przejdzie łatwiej, niż główka przodująca. Wobec korzystnych wyników cięcia przyłonowego zabieg ten rzadko znajdzie zastosowanie i to tylko przy nieznacznym niestosunku porodowym, wyłącznie u wieloródek przy miednicy płaskiej, gdzie najważniejszym czynnikiem niestosunku będą słabe bole porodowe wskutek wyczerpania macicy i mięśni powłok przez częste poprzednie porody.

Kleszcze osiowe, jak wiadomo, nie służą wcale do pokonywania jakiegokolwiek niestosunku porodowego, bo kleszczami uzupełniamy tylko słabe lub osłabione bole porodowe. Wolno przeto tego zabiegu użyć dopiero wtedy, skoro główka już dostosuje się do zmniejszonych wymiarów miednicy i wklinuje się znacznym odcinkiem do jej wchodu.

Tak przy przeprowadzaniu główki przodującej, jakoteż i następującej, przez ścieśniony wchód miednicy pamiętać należy, że wymiar prosty wchodu przy prawidłowej ruchomości stawów miednicy nie jest wymiarem stałym, ale że przez odpowiednie ułożenie rodzącej ze zwieszoną wolno miednicą i kończynami dolnemi według Walchera da się wydłużyć o 0·9 do 1·2 cm. Ułożenie takie znakomicie przeto ułatwia przejście główki przez wchód, zwłaszcza przy miednicach płaskich i chroni czaszkę od głębokich wgniotów i złamań kości.

Wymóżdżenie płodu nieżywego przy miednicach ścieśnionych nie nasuwa żadnych wątpliwości co do swych wskazań, bo jest to we właściwych warunkach zabieg dla matki najłagodniejszy. Natomiast zachodzi pytanie, czy przy niestosunku porodowym dla życia i zdrowia matki wolno wymóżdżyć dziecko żywe. Odpowiedź musi wypaść

twierdząco, bo jakkolwiek lekarz powinien starać się zawsze o uzyskanie dziecka żywego, to przecież, jeżeli braknie warunków do wykonania jednego z wymienionych zabiegów, a operowanie w złych warunkach naraża matkę na pewne lub wielce prawdopodobne poważne niebezpieczeństwo, to lekarz powinien raczej poświęcić życie dziecka.

Te wskazania lecznicze dotyczą nietylko miednic płaskich i ogólnie ścieśnionych, lecz wszystkich rodzajów miednic ścieśnionych, gdyż układem swym zbliżają się one zawsze albo do jednego, albo też do drugiego typu.

Jedyny wyjątek stanowią miednice zmiękczałe, gdyż przy miękkości i podatności zmienionych kości istniejące ścieśnienie miednicy nie jest stałe. Część przodująca, spychana silnymi skurczami macicy, rozpycha zmiękczałe kości i przy pozornie bezwzględnem ścieśnieniu może w ten sposób rozszerzyć się przewód miednicy nawet do tego stopnia, że płód donoszony rodzi się samoistnie. Tę właściwość zmienionych kości należy przy każdym porodzie uwzględnić, a liczyć na takie zejście można wtedy, gdy kości są tak plastyczne, że ustępują pod naciskiem palca.

O t. zw. wyroślach gruczołowatych w jamie nosogardłowej na podstawie przeszło 1000 dokonanych operacyi.

Napisał

Dr Jan Sędziak (Warszawa).

(Rzecz wygłoszona na X. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w dniu 23. lipca 1907 r.)

(Dokończenie).

Niezmiernie ważnemi zaburzeniami, zależnemi od obecności wyrośli gruczołowatych w jamie nosowogardłowej wzgl. od braku, lub niedostatecznej czynności tej ostatniej, są zaburzenia uszne; nic więc dziwnego, że pierwszy kto na to cierpienie zwrócił uwagę t. j. Meyer z Kopenhagi był lekarz uszny. Sprague podaje stosunek zaburzeń usznych do wyrośli gruczołowatych na 50%, jeszcze większy odsetek podają: Cohn (52,4%), oraz Halbeis (53%), Meyer zaś, oraz Hartman przeszło na 74%.

Co się mnie tyczy, to na 1,995 przyp. wyrośli gruczołowatych spostrzegałem zajęcie uszów 1,095 razy, co stanowi blisko 55%.

Najczęściej według Gradenigo, gdyż 60—70% bywa zajęcie nieżytowe ucha środkowego, o wiele już rzadziej (19—20%) ropne, wreszcie najrzadziej bywa zajęcie ucha wewnętrznego, oraz zewnętrznego. W mojej obserwacyi stosunek był również mniej więcej podobny: na 730 przyp. zapalenia nieżytowego 325 ropne, wreszcie 30 zapaleń ucha środkowego i zewnętrznego 10.

Że przy głuchoniemocie często bardzo spotykamy się z wyroślami gruczołowatemi w jamie nosogardłowej, świadczą o tem najlepiej cyfry. I tak: Gradenigo podaje stosunek ten na 50%, Wróblewski u nas 57,5%, tożsamo Paisson, Frankenberger 59,49%, wreszcie Aldrich, który podaje największy odsetek, mianowicie 73%.

Ja również we wszystkich 42 przyp. głuchoniemoty, jakie miałem możność spostrzegać, znajdowałem stale mniej lub więcej wyraźny przerost migdałka gardłowego; zdarzenia tego, zdaniem mojem, nie należy uważać za zwykłą koincydencyę: mianowicie bardzo jest prawdopodobne, że dziecko, rodząc się z wyroślami gruczołowatemi, a przypadki tego rodzaju nie należą do rzadkości, jak o tem świadczą odnośne przypadki Thosta, Fraenkela, a u nas Jaworskiego, oraz autora niniejszego komunikatu, lub nabywszy takowe w pewnych latach, utraca wskutek tego słuch, co również, jak to powyżej wspominałem, zdarza się niezmiernie często; w następstwie tego nie jest w stanie nauczyć się mówić, lub zapomina to, czego już zdążyło się nauczyć. Że to jest możliwe, najlepiej świadczy okoliczność, że acz rzadko istnieją jednakże przypadki, w których po usunięciu wyrośli gruczołowatych powrócił u dziecka słuch, a następnie i mowa. Są to mianowicie 2 przypadki Arslana, jeden Canetona, wreszcie 3 Cassiani Ingani. Ja również przed 10 laty ogłosiłem oddzielnie w »Jour. of Laryngologie« bardzo interesujący przypadek, dotyczący 5 letniego chłopca głuchoniemego od urodzenia, u którego po usunięciu wyrośli adenoidalnych stopniowo zaczęły powracać słuch i mowa. Wobec powyższego sądzę, że należy w każdym przypadku głuchoniemoty zastosować leczenie operacyjne wyrośli gruczołowatych, przyczem kto wie, czy przez wczesne operowanie tych ostatnich nie zdołamy uprzedzić występowanie ewent. głuchoniemoty.

Również i różnorodne zaburzenia oczne, jakoto łzawienie, zapalenie powiek, spojówek, bole, oraz zaburzenia wzrokowe bywają stosunkowo d. często (przyp. 66 w mojej praktyce, t. j. prawie 9%), przyczem w wielu razach po usunięciu wyrośli zaburzenia te również ustępowały, między innemi bardzo silnie wyrażony wytrzeszcz u 13-let. ucznia. Tu również należą pewne zaburzenia żołądkowe *(dyspepsia* etc., zależne od połykania wydzieliny z jamy nosogardłowej.

Wreszcie przy obecności wyrośli gruczołowatych stosunkowo często występują różnorodne zaburzenia odruchowe, czyli t. zw. nerwice zwrotne (przyp. 304 w mojej statystyce t. j. przeszło 15%). Wspominałem już, że niektórzy autorowie zaburzenia te z przeważającym charakterem odruchowym tłómaczą w inny sposób, czyniąc je mianowicie zależnemi od niedostatecznego utlenienia krwi, względnie zatrucia jej przez nagromadzony kwas węglany przy niedrożności nosa, zmuszającego do oddechania ustami, zwłaszcza podczas snu. Tak czy owak — najczęstszem zaburzeniem tego rodzaju, będącem w związku z wyroślami gruczołowatemi w jamie nosogardłowej jest mimowolne moczenie (przyp. 105 w mojej praktyce t. j. przeszło 5%); że między temi zaburzeniami oraz obecnością wyrośli gruczołowatych istnieje związek przyczynowy niewątpliwy, dowodzi fakt, że po usunięciu tych ostatnich stosunkowo często (w 13% według Grönbecka) następuje wyleczenie tego uporczywego cierpienia, co też w 12 przyp. (a więc blizko w 11½%) miałem możność stwierdzić. Niektórzy autorowie jednakże n. p. ostatnio Lange zaprzeczają temu związkowi przyczynowemu, u nas Sokołowski również zapatruje się dość sceptycznie na wyniki po operacyach wyrośli gruczołowatych w przypadkach moczenia mimowolnego, utrzymując, zresztą słusznie, że w większości przypadków następują nawroty choroby.

Drugiem według częstości cierpieniem natury odruchowej w wielu razach zależnem też od obecności wyrośli gruczołowatych w jamie nosogardłowej jest dychawica *(astma)* (przyp. 64, t. j. 3%), z którego to cierpienia 6 moich przyp. zostały zupełnie wyleczone po operacyi wyrośli,

zaś w 16 nastąpiła większa lub mniejsza poprawa. I tu jednakże, podobnie jak i przy moczeniu mimowolnem w większości przypadków bywają niestety, po pewnym czasie nawroty cierpienia.

I padaczkę *(epilepsia)* względnie niezbyt rzadko (przyp. 45, t. j. w 2%) notowałem w mojej praktyce, przyczem niejednokrotnie (7 razy) cierpienie to ustępowało zupełnie po operacyi wyrośli, zaś w 18 była mniejsza, lub większa poprawa; tyczyło się to zwłaszcza dzieci małych, natomiast u dorosłych nie widziałem żadnego efektu od tego rękoczynu. Arslan również spostrzegał 4 przyp. wyleczenia tego cierpienia po operacyi wyrośli.

Z innych, należących do tejże kategoryi ważniejszych cierpień wymienić należy: *(anginam pectoris)* dusznicę bolesną, kurcz głośni *(laryngospasmus)*, kaszel nerwowy, zwłaszcza zaś częste nocne strachanie się *(pavor nocturnus)*, oraz bole głowy — przeważnie potyliczne, których również pokaźną ilość przypadków wyleczonych po operacyi wyrośli gruczołowatych miałem możność spostrzegać. I krwawienia nosowe *(epistaxes)*, oraz gardłowe t. zw. rzekomopłucne w wielu razach (przyp. 75 w mojej praktyce) zależą od obecności wyrośli gruczołowatych w jamie nosowogardłowej, przyczem usunięcie tych ostatnich usuwało doszczętnie ten w wysokim stopniu niepokojący chorych objaw, jako rzekomo pochodzący z płuc, których badanie jednakże nie wykazuje w tych razach absolutnie żadnych zmian.

Wreszcie i zaburzenia w mowie (t. zw. *rhinolalia clausa, todte Sprache Meyera)* bywa często następstwem niedostatecznej czynności narządów tworzenia głosu względnie jamy nosogardłowej, zależnej od obecności w tej ostatniej wyrośli gruczołowatych (612 przypadków t. j. przeszło 30%). Tu należy też jąkanie, które według Karutza, oraz Pludera niesłychanie często, mianowicie u uczącej się młodzieży, jest zależnem od obecności wyrosli (63%), a których usunięcie w wielu razach sprowadza wyleczenie (Arslan otrzymał na 11 przypadków 4 wyleczenia i 3 poprawy). Gradenigo miał 3 tego rodzaju wyleczenia. Ja również na 66 przypadków jąkania otrzymałem w 16 wyleczenie po usunięciu wyrośli. Sądzę więc, że w każdym przypadku jąkania, należy przedewszystkiem usunąć te ostatnie, jeżeli takowe istnieją, zanim się zacznie stosować specyalne metody nauczania z takiem powodzeniem u nas n. p. stosowane przez zaszczytnie na tem polu znanego specyalistę dra Ołtuszewskiego.

Obecnie wypada mi jeszcze zastanowić się krytycznie nad rozpoznawaniem oraz leczeniem wyrośli gruczołowatych, przyczem ograniczę się jedynie na kilku uwagach ogólnych, zaczerpniętych z własnego doświadczenia, gdyż szczegółowo kwestyę tę omawiałem w r. 1900 w »Gazecie lekarskiej«, dzieląc się z czytelnikami z dopiero co zdobytem na klinikach angielskich, francuskich i niemieckich doświadczeniem.

Przedewszystkiem więc zaznaczę, że badanie palcem, jako niezbyt higieniczne, połączone przytem z mniejszem, lub większem krwawieniem, oraz zniechęcającem dzieci do następnych rękoczynów operacyjnych, powinno być zarzucone, a przynajmniej ograniczone do *minimum*, tem więcej, że w większości przypadków badanie lusterkiem od tyłu *(rhinoscopia post.)* daje się nawet u najmniejszych dzieci wykonać. Tego samego zdania jest także Sprague. Co się tyczy rokowania, to należy je stawiać ostrożnie, gdyż acz rzadko, możliwe są nawroty.

Nieco już obszerniej zajmę się kwestyą leczenia operacyjnego tego cierpienia. Przedewszystkiem zaznaczę, że od dłuższego już czasu nie stosuję przy zabiegu znieczulenia ogólnego, tak chętnie n. p. w Anglii stosowanego. Stosowanie w tych razach chloroformu, bądź co bądź zawsze najlepszego ze środków ogólnie znieczulających, uważam za zupełnie zbyteczne, a nawet do pewnego stopnia szkodliwe: przynajmniej od czasu zarzucenia tej metody mam o wiele mniej powikłań, aniżeli poprzednio. Najzupełniej w tych razach wystarcza znieczulenie miejscowe w postaci kokainy, naturalnie nie u małych dzieci.

Co się tyczy techniki operacyjnej, to obecnie operuję na jednem posiedzeniu, przyczem za najlepszy instrument uważam zawsze nóż Gottsteina, lub jego odmianę (Beckmanna). Kleszczy natomiast, z których najlepsze n. p. Jurasza, obecnie zupełnie nie używam, gdyż wymagają one ogólnego znieczulenia, ponieważ kilkakrotnie je trzeba nakładać. Operowanie przez nos, t. j. metodę najdawniejszą Meyera, zarzuconą, a obecnie znowu wskrzeszoną przez Freera z Chicago, uważam za nieodpowiednie i takowego nigdy nie stosuję.

W paru słowach zastanowię się nad wynikami operacyi wyrośli gruczołowatych, o czem zresztą szczegółowo przed 10 jeszcze laty w Warsz. Tow. Lekarskiem wspominałem. Na podstawie przeszło 1000 dokonanych tego rodzaju operacyi, muszę wyznać z góry, że są one w większości przypadków bardzo pomyślne. Wyniki te dadzą się określić w następujących punktach: 1) przywrócenie drożności nosa, oraz związana z niem: 2) mniej lub więcej znaczna poprawa w stanie ogólnym, następnie, co jest niezmiernie ważne, 3) wpływ pomyślny na inteligencyę, oraz 4) na zaburzenia uszne, oraz oczne, następnie 5) ustępowanie zmian miejscowych w jamach nosowych, oraz gardle (nieżytów przerostowych i t. d.); 6) leczenie pomyślne w wielu razach nerwic odruchowych *(aprosexia nasalis, enuresis nocturna, astma, epilepsia* etc.); 7) wpływ dodatni na krwawienia t. zw. rzekomo-płucne, wreszcie 8) na zaburzenia w mowie (mowa nosowa, jąkanie).

Jakkolwiek operacya wyrośli gruczołowatych jest najzupełniej bezpieczną metodą; ja przynajmniej na przeszło 1000 dokonanych tego rodzaju zabiegów nie miałem ani jednego przypadku śmierci, to jednakże różnorodne powikłania po tej operacyi nie należą do rzadkości; do ważniejszych przedewszystkiem zaliczyć należy: krwotoki wtórne, których n. p. Barrell i Orr na 1000 przyp. spostrzegali wszystkiego 3 razy, Sprague zaś na takąż ilość raz jeden, ja natomiast znaczniejszych 4, przeważnie 4. lub 5. dnia po operacyi. Z innych powikłań spostrzegałem po razu szkarlatynę i odrę, oraz 2 razy zimnicę, zapalenie mieszkowe migdałka *(tonsillitis follicularis)* — to ostatnie względnie dość często (7 razy), ropień około migdałków *(abscessus peritonsillaris)* (2 razy), przemijające porażenia miękkiego podniebienia (4 razy), mowa nosowa, zwracanie *(regurgitatio)*, wreszcie zajęcie ucha środkowego niekiedy z zejściem w ropienie (5 razy) — Sprague 3 razy na 1000 również operowanych przypadków tego cierpienia.

Oceny i sprawozdania.

Władysław Szumowski: **Galicya pod względem medycznym za Jędrzeja Krupińskiego, pierwszego protomedyka, 1772—1783.** Lwów 1907. Nakładem Tow. dla popierania nauki polskiej. Str. 367.

Historya medycyny znajdowała i znajduje u nas zawsze zwolenników wśród ludzi, naukowo pracujących. Rzec można, że od początku dziewietnastego wieku nie ustaje u nas praca w dziedzinie tej nauki. Dość wspomnieć zasługi, jakie na tem polu badań naukowych położyli: Arnold, Gąsiorowski, Majer, Adamowicz, Oettinger, Łuczkiewicz, Kośmiński, Rothe, Zuliński i inni, aby zgodzić się na zdanie wyżej wyrażone. I obecnie nie brak nam historyków medycyny, że wymienię tylko Bielińskiego, Giedroycia, Męczkowskiego, Peszkego, Rostafińskiego, Lachsa i Bartkiewicza. Nie ulega wątpliwości, że historyą medycyny zajmowano się u nas dotąd może więcej nawet, aniżeli n. p. fizyologią.

Do grona pracowników naszych na polu historyi medycyny przybył przed laty paru Władysław Szumowski, którego dzieło świeżo wydane p. n. »Galicya pod względem medycznym i t. d.« wyróżnia się dodatnio wśród naszego piśmiennictwa historyczno-medycznego. Dzieło to świadczy wymownie, że autor jest badaczem utalentowanym, samodzielnym, sumiennym, obeznanym z metodą badań historycznych, słowem, badaczem, który ma wszelkie dane, aby stać się wybitnym historykiem medycyny.

Szumowski oparł swoje dzieło w przeważnej mierze na materyale archiwalnym, a mimo tego czyta się ono bardzo łatwo, co dowodzi literackich zdolności autora, który w barwnem przedstawieniu Galicyi pod względem medycznym za Krupińskiego, pierwszego protomedyka, umiejętnie wyzyskał materyał archiwalny, skrzętnie unikając przeładowywania tekstu wyciągami z materyału rękopiśmiennego, co tak razi nieraz w rozprawach wielu historyków medycyny. Wiele na tem artystyczna budowa całego dzieła zyskała, że autor materyał dowodowy, składający się z odpisów rozmaitych aktów rządowych, umieścił na końcu dzieła w dodatkach, obejmujących przeszło 50 stronic.

Po krótkim wstępie, w którym jest mowa o stanie medycyny w Austryi i w Polsce w trzeciej ćwierci XVIII. stulecia, przechodzi autor do szczegółowego opisu rozporządzeń rządu austryackiego, mających na celu podniesienie pod względem zdrowotnym tej części Polski, która po pierwszym rozbiorze przeszła pod panowanie austryackie i otrzymała nazwę królestwa Galicyi i Lodomeryi. Opis rzeczony stanowi część pierwszą dzieła, opartą wyłącznie niemal na materyale archiwalnym Namiestnictwa lwowskiego, oraz Ministeryów spraw wewnętrznych i oświaty w Wiedniu. W części tej, prócz historyi austryackich rozporządzeń sanitarnych dla Galicyi, znajdujemy treściwie przedstawiony stan kraju tego pod względem medycznym zaraz po przejściu pod panowanie austryackie, zanim jeszcze rząd wiedeński zaczął swoje reformy w Galicyi zaprowadzać. Jest tu mowa i o stanie zdrowotnym Lwowa i kraju, i o szpitalach, i o aptekach, i o lekarzach we Lwowie i poza Lwowem, i o lwowskim cechu cyrulickim, i o pomocy w czasie porodów, i o wydziale lekarskim w Zamościu i o zabiegach Krupińskiego w celu założenia wydziału lekarskiego we Lwowie. Wszystko, co dr Szumowski w części tej opisuje, nacechowane jest dokładną przedmiotu znajomością i umiejętnem ze źródeł korzystaniem. Z tego więc względu część ta posiada rzetelną wartość naukową, osobliwie, że autor opracował przedmiot dotychczas w naszem piśmiennictwie lekarskiem, o ile mi wiadomo, nie poruszany.

Druga część dzieła, pod względem objętości znacznie od pierwszej mniejsza, poświęcona jest głównie gruntownemu rozbiorowi pism medycznych Krupińskiego. Rozbiór to wyborny, gdyż oparty nietylko na dokładnej znajomości pism Krupińskiego, lecz także na znajomości pism medycznych innych autorów polskich XVIII. stulecia, oraz pisarzów obcych. W tej części, nie związanej zresztą zbyt ściśle z częścią pierwszą, można dopiero w całej pełni ocenić zalety autora, jako historyka medycyny.

Rozbierając pisma medyczne Krupińskiego, dr Szumowski wykazuje, iż Krupiński nie był pisarzem samodzielnym, że w książkach swoich podawał całe ustępy przełożone z autorów obcych, nie wykazując źródeł, z których je czerpał, że pisma swe bardzo niedbale wydawał; słowem, że działalność pisarska Krupińskiego wartości naukowej nie posiada. Autor tak przekonywająco pisze o tem, że trudno się z nim nie zgodzić.

Część druga dzieła dra Szumowskiego, lubo co do objętości o wiele od pierwszej mniejsza, posiada jednak, według mego zdania, jeszcze większą wartość dla historyi medycyny w Polsce, aniżeli część pierwsza. Część albowiem pierwsza, to raczej głównie historya zarządzeń sanitatnych rządu austryackiego w Galicyi, aniżeli traktat z dziejów medycyny w Polsce. Natomiast część druga, to wartościowe pismo, odnoszące się wyłącznie do historyi medycyny polskiej.

Dotychczasowi nasi historycy medycyny zbyt wiele zajmowali się życiorysami medyków polskich, a zbyt mało krytycznym pism ich rozbiorem. Pod tym względem druga część dzieła Szumowskiego wyróżnia się nader dodatnio wśród naszego piśmiennictwa historyczno-medycznego, bo trzeba się zgodzić z autorem, że z mnogich zadań historyi medycyny najważniejszym jest rozbiór i ocena pism medycznych.

Ponieważ zadanie sprawozdawcy polega nietylko na wskazaniu zalet dzieła, z którego zdaje sprawę, lecz również na wytknięciu słabszych stron, jeżeli je dostrzeże, przeto pozostaje mi jeszcze poświęcić kilka uwag z powodu niektórych zapatrywań autora, które wydają mi się niezupełnie słuszne. Atoli z góry zastrzedz się muszę, że w książce Szumowskiego nie zauważyłem żadnej usterki, któraby wysoką wartość tego dzieła wyraźnie obniżała.

Słabszą stroną pióra dra Szumowskiego wydaje mi się wygłaszanie sądu o ludziach nie w formie hypotetycznej, lecz w formie stanowczej, bez dokładnego sądów tych umotywowania. Wiem, że jest to sprawa, na którą rozmaici ludzie rozmaicie zapatrywać się mogą. Co do mnie — a w tym względzie różnię się widocznie cokolwiek z dr Szumowskim — to jestem zdania, że historyk wtedy tylko może wydawać potępiający kogoś wyrok, gdy przytoczy niezbite dowody jego winy.

W książce dra Szumowskiego zauważyłem trzy sądy, z którymi się nie zupełnie zgodzić mogę.

Na str. 10 autor pisze: »Rzecz, wymagająca zaznaczenia, że w naszej historyi medycyny, w której tak mało dotąd było usiłowań dziejowego powiązania Polski z Zachodem i w której zawsze jeszcze dominuje zbieranie materyałów, takie ważne zadanie historyi medycyny polskiej, jak wpływ Jędrzeja Śniadeckiego na Jana Müllera, dotąd leży odłogiem. Müller pisma Śniadeckiego znał i bardzo wysoko je cenił (o tem pisze Haeser t. II, str. 778, tłóm. pol.), podobieństwo obu teoryi istnieje i zależność jest bardzo prawdopodobną. U nas nie brak wprawdzie nieudowodnionych ogólników na temat, że Śniadecki jest twórcą współczesnej biologii, ale cóż z tego, kiedy niemieccy historycy i biologowie o Müllerze, jako o twórcy współczesnej biologii, piszą bardzo wiele, a Śniadeckiego prawie bez wyjątków nawet z nazwiska nie znają. To jest kapitalne zadanie naszej historyi, które się natychmiast wyłania, gdy się uzna powiązanie dziejów Polski z dziejami zachodu za potrzebne«. Nieświadomy rzeczy czytelnik mógłby z powyższych słów autora wysnuć całkiem błędne wnioski: 1) że w piśmiennictwie naszem prócz »nieudowodnionych ogólników« o wielkich Śniadeckiego zasługach dla biologii, niema żadnego poważnego rozbioru jego »Teoryi jestestw organicznych«; 2) że niemieccy historycy i biologowie dlatego Śniadeckiego nie znają nawet z nazwiska, że nasi pisarze prócz nieudowodnionych ogólników na temat, że Śniadecki jest twórcą współczesnej biologii, nie zdobyli się na krytyczny rozbiór dzieła Śniadeckiego i nie wykazali jasno, na czem polegają zasługi naszego uczonego dla biologii. A dlaczego wnioski takie byłyby mylne, postaram się zaraz dowieść. Przedewszystkiem piśmiennictwo nasze posiada sporo rozbiorów »Teoryi jestestw organicznych«, i to rozbiorów bynajmniej nie płytkich, owszem nieraz bardzo gruntownych. O teoryi Śniadeckiego pisali Kramsztyk, Łagowski, Szokalski, Wilczyński i inni. O autorach tych nie można powiedzieć, że pisali jeno ogólniki o zasługach Śniadeckiego, a tembardziej nie można tego powiedzieć o Kułakowskim, a osobliwie o Żulińskim, którego rozprawa o »Teoryi jestestw organicznych« należy, zdaniem mojem, do liczby najlepszych pism, jakie posiadamy z historyi medycyny. Żuliński w obszernej swojej rozprawie, ogłoszonej w r. 1874 w »Rocznikach Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk«, bardzo gruntownie ocenia zasługi Śniadeckiego i wykazuje nader jasno wielkie podobieństwo poglądów Liebiga i Klaudyusza Bernarda z poglądami Śniadeckiego. Skąd pochodziło to podobieństwo i jaki wpływ »Teorya jestestw organicznych« miała na ogólny rozwój biologii, to rozstrząsnął Szokalski w wykładzie, mianym w roku 1884 w Poznaniu na czwartym Zjeździe Lekarzy i Przyrodników polskich.

A teraz rozpatrzmy, kto winien temu, że współcześni niemieccy historycy medycyny ani słówkiem o Śniadeckim nie wspominają.

Rzeczywiście, jestto bardzo przykrą dla nas rzeczą, że ani w książce F. Müllera (Geschichte der organischen Naturwissenschaften im neunzehnten Jahrhundert, Berlin 1902), ani w trzytomowem dziele, wydanem przez Neuburgera i Pagela (Handbuch der Geschichte der Medizin, Jena 1902—1906) niema o Śniadeckim nawet króciutkiej wzmianki. Można sobie okoliczność tę wytłómaczyć jeno w ten sposób, że autorowie, wspomniani wyżej, wprost nie chcieli o Śniadeckim pisać, lubo wiedzieć o nim musieli. Taki n. p. prof. Boruttau, który w podręczniku Neuburgera i Pagela napisał rozdział, poświęcony historyi fizyologii, musiał przedtem przeczytać przynajmniej najważniejsze dzieła fizyologiczne, a do takich należy niewątpliwie podręcznik fizyologii, napisany przez Jana Müllera. Müller w podręczniku swoim omawia obszernie dzieło Śniadeckiego, nazywając je wybornem, aczkolwiek nie we wszystkiem zgadza się ze Śniadeckim. O Śniadeckim mówi, że objaśnia on na zasadzie swojej teoryi ogólne przejawy życiowe jestestw organicznych z przedziwną prostotą i konsekwencyą. W innem znowuż piśmie swojem, które p. Boruttau powinien także znać, skoro podjął się napisania historyi fizyologii, Müller, nie skory do uniesień, pisze wprost z entuzyazmem, o »Teoryi jestestw organicznych«, mówiąc, że napisał ją Śniadecki z głębokością filozofa i ścisłością matematyka.

P. Boruttau zapewne przed napisaniem swojej historyi fizyologii przeglądał dzieła, poświęcone historyi medycyny, a przynajmniej najbardziej znane i najbardziej cenione: Haesera i Wunderlicha. W Haeserze znalazł ustęp o Śniadeckim, a w Wunderlichu zdanie, że »Teorya jestestw organicznych« jest dziełem świetnem, lecz niestety niedocenionem. »Auch hat — powiada Wunderlich — dieser gedankenvolle Autor nicht die verdiente allgemeine Anerkennung gefunden, wurde sogar von den Meisten geradezu ignorirt«. Wreszcie dowiedział się p. Boruttau z dzieła Haesera i z podręcznika Jana Müllera, że dzieło Śniadeckiego wyszło dwukrotnie w przekładzie niemieckim i raz w przekładzie francuskim. A zatem historycy medycyny niemieccy o nazwisku Śniadeckiego powinniby słyszeć, a mając możność poznania dzieła Śniadeckiego w przekładzie niemieckim lub francuskim, powinni je poznać i sąd swój o niem wydać. Jeżeli tego nie robią, to wina za to na nich głównie spada.

Na str. 36 wypowiada dr Szumowski bardzo surowy sąd o lekarzu lwowskim Włochu Luzu: »Była to snać jedna z tych awanturniczych osobistości, — mówi autor — które przyjeżdżały do Polski, by zebrać majątek«. O kilka wierszy niżej taką znajdujemy charakterystykę Luza: »Luz, cudzoziemiec, kraju nie znał i jego potrzeby mało go obchodziły, o ile nie dotykały jego kieszeni«. Wprawdzie ów Luz podał gubernatorowi Galicyi hr. Pergenowi sprawozdanie, w którem znajdują się ustępy, niezbyt dobrze o Luzu świadczące, jak n. p. następujący: »Niech nikt nie śmie — pisze Luz — w mieście ani kraju wykonywać praktyki bez pozwolenia wyznaczonego na ten cel lekarza, który ma badać dyplomy i przezornie baczyć, aby liczba lekarzy zbytnio się nie zwiększała tak, żeby każdy miał przyzwoite dochody (*honestum lucrum*) i mógł należycie podtrzymywać godność wysoce szlachetnej sztuki, której się oddaje«. Atoli tenże Luz położył pewne zasługi, lecząc bezpłatnie chorych w lwowskim szpitalu Sióstr Miłosierdzia; zasługuje zatem na złagodzenie tak surowego sądu, jaki o nim dr Szumowski wypowiedział.

Lecz autor nietylko względem Luza jest tak surowy. Nie oszczędza on bowiem i Jędrzeja Krupińskiego. W rozdziale IV. części pierwszej jest nawet ustęp zatytułowany: »Próżność jego« t. j. Krupińskiego. Dowodem zaś próżności Krupińskiego ma być między innemi rzeczami ta okoliczność, że na tytułowej karcie swoich dzieł wypisywał swoje godności, oraz że przyozdobił swoimi portretami książkę »O rozciekach i o wodzie Kozińskiej« i Tablice anatomiczne. Te okoliczności można tłómaczyć nietylko tak, jak dr Szumowski, poczytując je za objaw próżności ze strony Krupińskiego, lecz owszem można je tłómaczyć również całkiem inaczej. Dawniej był zwyczaj, że autorowie wypisywali tytuły, jakie posiadali, na naczelnej karcie swoich dzieł. Taki n. p. wielki uczony, jak Jan Müller, na tytułowej karcie swojego podręcznika fizyologii wymienił obok innych swoich tytułów tytuł kawalera orderu czerwonego orła trzeciej klasy. Z pewnością nie przypuszczał on wcale, że tytuł kawalera orderu czerwonego orła trzeciej klasy podniesie choć cokolwiek wartość wybornego jego dzieła. Zapewne wypisał on swe tytuły dlatego, że inni tak robili. Również i Krupiński mógł wypisać swe tytuły nie z powodu próżności, lecz ulegając modzie. Gdybyśmy chcieli nazywać próżnymi tych pisarzów medycznych, którzy na swych dziełach wypisują tytuły, jakie posiadają, to musielibyśmy próżnymi nazwać wszystkich niemal dawniejszych autorów. A co się tyczy portretów Krupińskiego, to niewiadomo, czy portretami swymi sam Krupiński zaopatrzył Tablice anatomiczne i książkę »O rozciekach i o wodzie Kozińskiej«, przynajmniej autor tego nie dowodzi. Na str. 191 wprawdzie autor utrzymuje, że Tablice anatomiczne wydał sam Krupiński, atoli zdanie to zmienia później, gdyż na str. 195 pisze, że akta urzędowe za życia Krupińskiego o Tablicach anatomicznych nie wspominają wcale i dopiero po śmierci Krupińskiego jest tam mowa o »miedziorytach, które mają być do dzieł Krupińskiego dodane«. Na str. 196 autor jeszcze wyraźniej podkreśla, że Tablice anatomiczne nie wyszły za życia Krupińskiego, pisząc, iż »z tekstów protokółu gubernialnego wynika, że tablice anatomiczne, które zamierzył wydać jeszcze sam Krupiński i które zaopatrzył swoim portretem, były w roku 1784 już odbite«.

A zatem wedle wszelkiego prawdopodobieństwa Tablice anatomiczne zostały wydane po śmierci Krupińskiego i wcale niewiadomo, czy sam on zaopatrywał je w swój portret, czy też kto inny, chcąc pamięć jego uczcić. — Podobne uwagi nasuwają się również co do portretu Krupińskiego w książce »O rozciekach i o wodzie Kozińskiej«. Dziełko to, lubo nosi datę wydania r. 1782, to jednak zostało wydane nie w tym roku, lecz w r. 1783, jak nas o tem całkowicie przekonywa autor na str. 281. Ponieważ zaś Krupiński umarł w kwietniu 1783, nie wiadomo więc, czy rzeczone dziełko zostało wydrukowane jeszcze za jego życia i czy sam on je przyozdobił swoim portretem.

Z umysłu rozpisałem się dość obszernie o książce dra Szumowskiego, gdyż tak poważne dzieło historyczne zasługuje bezwątpienia na rozbiór jeszcze szczegółowszy, aniżeli niniejszy, na którym jednak poprzestać muszę. *A. Wrzosek.*

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

M. B. Schmidt. **O durze brzusznym.** (*Centrbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anatomie*, 1907, zeszyt 15). Autor zbadał dokładnie histologicznie, częściowo zaś i bakteryologicznie 13 przypadków duru brzusznego i przytacza wyniki tych badań, ciekawe zarówno dla teoretyka anatomo-patologa, jak i dla praktyka klinicysty. Od czasów Wagnera i Hoffmanna utarło się w nauce zapatrywanie, iż powstające w toku duru brzusznego zarówno w wątrobie, jak i w nerkach, prosówkowe guzki komórkowe, są identyczne z bujaniem komórkowem w kępach Payera i w gruczołach krezkowych. Autor na podstawie swych badań przychodzi do przekonania, że pogląd ten mógłby być słusznym tylko odnośnie do ognisk komórkowych, spotykanych już prawidłowo w tkance międzyzrazikowej wątroby; czy jednak w rzeczywistości przy durze brzusznym ogniska te ulegają rozrostowi, autor na podstawie swych badań nie może twierdzić nic stanowczego, uważa jednak i ten pogląd za niepewny. Natomiast według twierdzenia autora przy durze brzusznym bardzo pospolicie spotkać można inne, usadowione w samych zrazikach wątrobnych ogniska, w których budowie komórki limfoidalne nie biorą wcale udziału lub tylko bardzo nieznaczny i które bardzo pospolicie ulegają martwicy. Zdaniem autora są to gniazda, złożone z zanikających i obumierających komórek wątrobnych i rozrosłych komórek ściennych; gniazda te następowo ulegają martwicy i wtedy wdzierają się do nich leukocyty wielojądrzaste. Jednem słowem ogniska w wątrobie, uważane przez ogół za t. zw. »lymphomata« durowe, w rzeczywistości są tylko wyrazem ogniskowego ostrego zaniku wątroby z następową martwicą i naciekiem leukocytami. Ogniska te nie mają więc nic wspólnego ze schorzeniem układu chłonnego przy durze brzusznym, mają zaś powstawać skutkiem działania jakiegoś jadu durowego. Powstawania »lymphomatów« durowych w nerkach w zbadanych przez siebie przypadkach autor nigdy nie zauważył, znowuż wbrew przyjętemu zapatrywaniu; natomiast prawie stale spotykał autor rozlane zmiany miąższu nerkowego, cechujące się głównie martwicą nabłonków w kanalikach krętych, lecz także jednocześnie i to w znacznym stopniu w cewkach prostych; wewnątrz torebek Bowmanna znajdował autor skrzepłe masy i obumarłe nabłonki. Zmiany te zdaniem autora są znowuż wynikiem działania jakiegoś rozpuszczonego jadu, nie zaś prątków durowych, których autor wogóle w nerkach nie znajdował.

W dalszym ciągu autor na podstawie swych badań stara się dowieść, że prątek durowy wytwarza w ustroju jakiś jad rozpuszczający krew, co przed kilku laty udowadniał »in vitro«

Levy. Twierdzenie to uzasadnia autor stałem znajdowaniem przy durze brzusznym w śledzionie znacznej ilości złogów hemosyderyny, obecnością w niej licznych komórek z pochłoniętemi krwinkami czerwonemi; często także autor widywał obfite złogi hemosyderyny w wątrobie, a nawet prawie we wszystkich gruczołach chłonnych, w migdałkach i w gruczołach mieszkowych na podstawie języka. Wobec tego, iż w zbadanych przez autora tego rodzaju przypadkach nie było żadnych krwotoków jelitowych ani skazy krwotocznej, sądzi autor, iż te jego badania udowadniają, że przy durze brzusznym wytwarza się jakiś jad hemolityczny, przyczem uszkodzone krwinki czerwone zostają następowo przerabiane częściowo w układzie chłonnym.

Wreszcie autor starał się zbadać udział obwodowych gruczołów chłonnych i migdałków w schorzeniach durowych, a to głównie celem wyjaśnienia, czy ogólne zakażenie prątkami durowymi występuje dopiero po osiedleniu się prątków w jelitach, czy też odwrotnie odrazu najprzód występuje ogólne zakażenie ustroju z następowem dopiero głównem usadowieniem się prątków durowych w jelitach. (Jak wiadomo wbrew ogólnemu zapatrywaniu niektórzy, zwłaszcza włoscy autorowie sądzą, że pierwotnem w durze brzusznym jest zakażenie ogólne i wielu z nich uważa migdałki za wrota zakażenia). Badania te w migdałkach nie wykazały ani razu zmian, charakteryzujących sprawy durowe i nie stwierdziły w nich obecności prątków durowych; z obwodowych gruczołów chłonnych tylko dwukrotnie stwierdził autor obecność zmian durowych i dwukrotnie wyhodował z nich (z gruczołów pachwinowych) prątki durowe. Wobec jednak małej jeszcze ilości badań tego rodzaju autor nie decyduje się jeszcze na wypowiedzenie stanowczego twierdzenia w tej sprawie.

Gliński.

Maciesza-Jeleńska. **W sprawie znachodzenia się komórek plazmatycznych w zapaleniach gruźliczych płuc.** (*Beiträge zur Klinik der Tuberkulose*, 1907, tom VIII). Autorka oparła swą pracę na dokładnem zbadaniu mikroskopowem 12 przypadków gruźliczego zapalenia płuc, dla porównania zaś znalezionych zmian zbadała oprócz tego 6 przypadków zwykłego zapalenia włóknikowego płuc. We wszystkich prawie (w 11) przypadkach zapalenia gruźliczego płuc stwierdziła autorka mikroskopowo obecność swoistych prątków Kocha, przyczem w 4 przypadkach obok prątków Kocha znalazła i inne drobnoustroje (w jednym przypadku nawet pneumokoki Fraenkla). Ważniejsze wyniki, do których dochodzi autorka na podstawie swych badań, są następujące: 1) W przeciwieństwie do zapalenia włóknikowego płuc, przy którem z reguły autorka nie spotykała komórek plazmatycznych (wyjątek stanowiły tylko przypadki z rozleglejszą pylicą węglową), we wszystkich zbadanych 12 przypadkach zapalenia gruźliczego płuc znajdowała je stale, niekiedy wprost w olbrzymich ilościach. Komórki te gromadziły się głównie w tkance okołonaczyniowej, okołooskrzelowej, międzyzrazikowej, międzypęcherzykowej i podopłucnej, dalej na obwodzie gruzełków i wszędzie tam, gdzie występowały sprawy odrodcze; we właściwej tkance gruźliczej i w wypocinie komórki plazmatyczne istniały tylko w małej ilości. 2) Co się tyczy pochodzenia komórek plazmatycznych, to autorka przychyla się do zdania, że komórki plazmatyczne przy gruźliczych zapaleniach płuc wytwarzają się z limfocytów i to zarówno z limfocytów, wydostających się z naczyń krwionośnych (aus den ausgewanderten hämatogenen L), jako też i to głównie z limfocytów tkankowych (aus den an Ort und Stelle befindlichen L.); po pewnym okresie istnienia te komórki plazmatyczne albo ulegają wprost przeobrażeniom wstecznym, albo też zostają wydalane drogą naczyń chłonnych już to wprost, już też pochłonięte przez wielkie komórki żerne (makrofagi). 4) Na podstawie znalezionych obrazów histologicznych i na podstawie prac doświadczalnych innych autorów, uważa autorka za bardzo prawdopodobne, że komórki plazmatyczne przyjmują udział w wytwarzaniu ciał antytoksycznych.

Gliński.

Dermatologia.

Mayer. **Maść cynkowo-perhydrolowa w dermatologii.** (*Dermatologische Zeitschrift* 1907, T. XIV, Z. 6). Przez Wolffensteina otrzymany perhydrol cynkowy odpowiada połączeniu tlenku cynkowego z perhydrolem. Połączenie to starano się uzyskać w celu wynalezienia środka do leczenia ran, któryby łączył w sobie odkażające własności perhydrolu i ściągające tlenku cynkowego. Środek ten okazał się bardzo stosownym do leczenia oparzeń. Przy świeżych ranach, powstałych z oparzenia, po zastosowaniu maści 25-procentowej waselinowej gwałtownie piekący ból w ranie zaraz zmniejszał się. Rany zaś goją się bez ropienia i objawów podrażnienia. Autor zastosował środek ten w leczeniu ostrych wyprysków, zapaleń skóry, jakoteż gwałtownych zaostrzeń przewlekłych chorób skóry.

W dwudziestu kilku przypadkach takich cierpień skóry, leczonych przez autora, okazał się ten środek bardzo dobrze działającym.

W żadnym przypadku nie zauważył autor objawów podrażnienia, wywołanego przez ten środek. Maść waselinowa zawierająca cynkowy perhydrol, wyrabiana w fabryce Mercka, jest pomimo znacznej zawartości cynku bezbarwną i nadaje się dlatego bardzo do leczenia cierpień skóry w miejscach widocznych, jak na twarzy i rękach.

Stopczański.

H. Kanitz. **O wewnętrznem leczeniu kiły mergalem.** (*Dermatologische Zeitschrift* 1907, T. XIV, Z. 7). Przed kilku miesiącami wprowadził Boss za pośrednictwem fabryki chemicznej Riedla w Berlinie nowy środek w leczenie przeciwkiłowe, nazwany mergalem.

Pomyślne wyniki, jakie zapomocą tego środka osiągnęli Saalfeld, Leistikow i inni, zachęciły autora do stosowania tego środka w klinice u chorych kiłowych. Mergal jest solą rtęciową kwasu cholowego z dodatkiem białczanu garbnikowego w stosunku 1 : 2. Przetwór ten sprzedają w kapsułkach, zawierających po 0,05 Hg cholicum i 0·10 białczanu garbnikowego.

Środkiem tym leczono 31 mężczyzn i 9 kobiet kiłowych. Z pomiędzy tej liczby chorych, 29 miało kiłę świeżą, dotąd nie leczoną, natomiast 11 przypadków było kiły drugorzędnej powrotnej, w większej jednak części nie leczonej poprzednio. Z początku leczenia podawano 3 kapsułki dziennie.

Stosując się do nasilenia choroby i łatwości znoszenia środka przez chorych, podwyższano dawkę dzienną aż do 8 i 12 kapsułek. Przy tej najwyższej dawce pozostawiano chorych aż do ustąpienia objawów, o ile uboczne działanie rtęci nie spowodowało wcześniejszego zmniejszenia dawki.

Lecznicza wartość tego środka uwydatnia się wybitnem działaniem swoistem rtęci, pod wpływem którego znikają objawy chorobowe. Czas leczenia jest niewiele dłuższy, niż przy innych sposobach leczenia kiły, wstrzykiwaniami lub wcieraniami. Wysypka kiłowa świeża znikała po 9—28 dniach, po zażyciu 58 do 122 kapsułek, a zatem przeciętnie biorąc, po zażyciu 90 kapsułek w osiemnastu dniach.

Również i w przypadkach kiły powrotnej dłuższy czas trwającej wynik leczniczy okazał się bardzo dobrym. Z objawów drugorzędnej kiły najdłużej opierały się leczeniu tym środkiem kłykciny, znajdujące się w jamie ustnej, jak również kłykciny przerostowe (condyl. hypertroph.), znajdujące się na częściach rodnych i w otoczeniu otworu stolcowego. Czas leczenia w tych przypadkach wynosił 6—8 tygodni. Z pośród objawów ubocznego działania rtęci przy podawaniu tego środka najczęściej występowało zapalenie dziąseł i jamy ustnej, jednak i tak nie w zastraszającej ilości przypadków, bo na 40 chorych dziesięciu cierpiało na zapalenie dziąseł, które tylko w dwóch przypadkach było tak silne, że spowodowało przerwanie leczenia. Objawy ubocznego działania na przewód pokarmowy w porównaniu do innych przetworów rtęciowych, podawanych wewnętrznie, były bardzo słabe, u kilku tylko chorych podczas podawania tego środka występowała lekka biegunka, ucisk w żołądku i słabe obłożenie języka, które to dolegliwości ustępowały jednak same bez przerwy w leczeniu po kilku dniach. Jedna tylko chora w 12-tym dniu leczenia chorowała poważniej, przyczem miała podwyższenie ciepłoty, wymioty i silne bole żołądka. Krwawej biegunki nie zauważono ani razu. Środek ten również nie powoduje najmniejszego podrażnienia nerek, gdyż badanie moczu u leczonych mergalem nigdy nie wykazało nawet śladu białka. Pomimo tych wszystkich dodatnich własności mergalu, stwierdzonych na spostrzeżeniach klinicznych, autor uważa ten środek za dogodny tylko do leczeń ubocznych podczas przerywanego leczenia sposobem Fournier-Neissera.

Chociaż bowiem środek ten usuwa równie prędko objawy kiły, jak dawne sposoby leczenia: wcierania lub wstrzykiwania przetworów rtęciowych, to jednak ponieważ dotąd nie stwierdzono działania tego środka na sam jad kiłowy, przeto nie może on w zupełności zastąpić dawnych sposobów leczenia.

Stopczański.

De Schamps. **Badania nad przenoszeniem się dwoinki wiewiórowej na tylną część cewki moczowej.** (*Allgemeine Wiener med. Wochenschrift* 1907, Nr 36). Autor w swoich badaniach starał się wykazać, czy dwoinki wiewiórowe same bez udziału miejscowego leczenia mogą się przenosić na tylną część cewki moczowej. Zamierzał bowiem w ten sposób wyjaśnić, czy główne zarzuty, jakie podnoszono przeciw leczeniu miejscowemu

stosowanemu od początku trwania wiewióra są słuszne i chociaż w części usprawiedliwione. W tym celu wybrał do swych doświadczeń chorych, którzy zgłaszali się ze świeżym wiewiórem od 2—3 dni trwającym. U chorych tych przepłukiwano przednią część cewki dokładnie wodą sterylizowaną przed oddaniem moczu zatrzymanego przez noc, a następnie badano osad moczowy na dwoinki. U większej części badanych, z których dwóch miało wiewiór od dwóch dni trwający, znaleziono w osadzie moczowym dwoinki. Wyniki te dostatecznie stwierdzają zdaniem autora możność przeniesienia się dwoinek wiewiórowych na tylną część cewki moczowej nawet w drugim dniu trwania wiewióra bez najmniejszego udziału leczenia miejscowego. *Słopczański.*

Prof. Röna. **Nowe doświadczenia nad wartością praktyczną krętków bladych Schaudinna.** (*Wiener med. Presse* 1907, Nr 34). Autor w przypadkach, nie mających żadnych pewnych danych dla rozpoznania, wykonywał badania na krętki. Przypadków takich było 22, pomiędzy którymi autor przytacza wrzody drobne, nie mające oznak wrzodów pierwotnych, występujące bez obrzęku gruczołów, wrzody, mające wygląd wrzodów miękkich, nacieki około ujścia cewki moczowej przy obecności wiewióra, wrzody w worku napletkowym przy równoczesnej stulejce napletka i wiewiórze, za zanokcice uważane i leczone wrzody pierwotne łożyska paznokciowego, zmiany nie mające żadnych cech, mogących służyć dla rozpoznania. We wszystkich tych przypadkach wykazały badania obecność krętków bladych; znajdowano również krętki u chorych podczas leczenia wcieraniami; nawet po 55 wcieraniach można je było w surowicy wyciśniętej z wrzodu pierwotnego wykazać. Badając wydzielinę wrzodów miękkich, znajdowano nieraz krętki pomimo, że wrzody te miały właściwy wygląd wrzodów miękkich. Nie udało się przy tych badaniach wykazać równoczesnej obecności w wrzodach miękkich paciorkowców Ducreya i krętków bladych. Również nie spostrzegał autor przypadku, w którym pomimo wykazania paciorkowca Ducreya wrzód później okazał się wrzodem pierwotnym. *Słopczański.*

Okulistyka.

Rollet. **Otok ropny jamy czołowej.** (*Revue générale d'Ophtalmologie* 1907, Nr 5). Autor podaje szczegółowy opis obrazu klinicznego, przebiegu i następstw śluzowego otoku jamy czołowej. Objawy tego cierpienia są znane. Ponieważ pod wpływem nacisku śluzowej treści wypukla się najrychlej najcieńsza dolna ściana jamy czołowej, która jest zarazem górną ścianą oczodołu, przeto gałka oczna ulega przemieszczeniu, powstaje podwójne widzenie, a nawet i wzrok może być zagrożony skutkiem ucisku na nerw wzrokowy. Powstanie otoków śluzowych jamy czołowej przypisują niektórzy autorowie (Valude) pierwotnemu, wrodzonemu zwężeniu kanału kostnego, który stanowi połączenie między jamą czołową i nosową. W ten sposób możnaby jednak tłómaczyć tylko przypadki otoku śluzowego, już we wczesnej młodości zapoczątkowanego. Rollet jest zatem innego zdania. Przyjmuje on jako przyczynę wzmożonego wydzielania śluzu i zbytniego gromadzenia się tegoż w jamie czołowej, nieżytowe zapalenie błony śluzowej, wyścielającej tę jamę, oraz błony, wyścielającej przewód łączący jamę czołową z jamą nosa. Kostne wyrośle i znaczne nieraz zgrubienia uważa za zmiany następowe. *K. W. Majewski.*

Schevensteen. **Widzenie połowicze niezupełne z zachowaniem widzenia naosiowego wskutek silnego urazu, zadanego czaszce.** (*Archives d'Ophtalmologie* 1907, Nr 3). Autor opisuje przypadek, w którym u pewnego murarza przyszło do załamania kości potylicznej ze znacznem uszkodzeniem kory mózgowej skutkiem upadku na potylicę ciężaru 30 klgr. Wyłamaną część kości usunięto, ranę w oponie twardej oczyszczono, poczem wszystko się zagoiło przez rychłozrost. Pozostał tylko pod blizną skórną otwór w kości, przez który wyczuć można było tętnienie mózgu. Badanie wzroku wykazywało obustronnie prawidłową bystrość naosiową i prawidłowe dno oka, natomiast pole widzenia było na obu oczach lekko współśrodkowo zwężone, a prócz tego poczucie światła było zniesione w obu dolnych lewych ćwiartkach, nie dochodząc jednak do środka pola widzenia. Ponieważ ubytek dotyczył lewej strony każdego pola widzenia, czytanie nie sprawiało choremu żadnych trudności. *K. W. Majewski.*

Bonte. **Przyczynek do leczenia oderwania siatkówki.** (*Die ophtalm. Klinik* 1907, Nr 8) Jako najbardziej uzasadnione i stosunkowo najskuteczniejsze leczenie oderwania siatkówki uważa autor podspojówkowe wstrzykiwania silnych rozczynów soli, które na mocy praw osmozy powodują przenikanie płynu wysiękowego z pod odczepionej siatkówki przez twardówkę na zewnątrz. Należy jednak używać 30 prc. rozczynów z dodatkiem akoiny dla zmniejszenia bolu. Ważnem jest tu nadto spokojne leżenie w łóżku na wznak przez przeciąg 5—6 tygodni. Na zakończenie leczenia poleca przypalanie twardówki w okolicy oderwania, przez to bowiem powstają zrosty między naczyniówką, a siatkówką, zapobiegające powtórnemu oderwaniu się tejże. *K. W. Majewski.*

Lagrange. **O ulepszeniu podkładu dla oczu sztucznych przez wszczepienie oka króliczego.** (*Archives d'Ophtalmologie* 1907, Nr 3). Doświadczenia na operowanych przypadkach pouczyły autora, że oko przeszczepione po upływie tygodni i miesięcy zmniejsza się co do swej objętości i że na to z góry liczyć trzeba. Potem jednak dalszym już nie ulega zmianom. W wyjątkowych tylko przypadkach zanik wszczepionej gałki postępuje dalej i prowadzi do zupełnego wessania oka, przez co oczywiście cel operacyi zostaje unicestwiony. W przeważnej jednak większości przypadków przeszczepienie daje wynik zupełnie zadawalniający. Autor podaje opis przypadku, operowanego przed 28 miesiącami, w którym oko królicze, wszczepione dziewczynce 9-letniej, zmalało prawie o $1/3$ swej objętości w pierwszych miesiącach po operacyi, od tego jednak czasu już się wcale nie zmienia. Jest dostatecznie twarde, niebolesne i wybitnie ruchome. *K. W. Majewski.*

Rollet. **Wyłuszczenie guzów oczodołowych z zachowaniem gałki ocznej przez krzywolinijne cięcia skórne.** (*Archives d'Ophtalmologie* 1907, Nr 5). Autor wykonuje cięcie łukowate skórne na odpowiedniej przestrzeni wzdłuż brzegu oczodołowego najlepiej dołem zewnątrz, sięgające do samej kości, od której oddziela powięź oczodołową tak, aby się dostać pod załamkiem spojówkowym w głąb oczodołu i worka spojówkowego nie rozciąć. Po odchyleniu gałki ocznej zapomocą odpowiedniej łyżki bez przecinania mięśnia prostego zewnętrznego można bez wielkiego trudu zoryentować się w częściach chorych i nowotwór wyłuszczyć. Jeżeli się cięcie robi od wewnątrz, wtedy trzeba odciąć bloczek mięśnia skośnego górnego, oraz odchylić ku dołowi woreczek łzowy. Cięcia, w podobny sposób wykonane, pozwoliły autorowi dostać się narzędziami i dosięgnąć wzrokiem do najgłębszych części, położonych w samym szczycie lejka oczodołowego. *K. W. Majewski.*

Michaeler. **Podrażnienie zapalne tęczówki i ciała rzęskowego po zaszczepieniu ospy.** (*Die ophthalm. Klinik* Nr 11/12, 1907). Z powodu panującej w okolicy epidemii ospy dał się pewien 56-letni mężczyzna zaszczepić. Ospa przyjęła się, dostał miernej gorączki, a w dwa tygodnie wystąpiły objawy zapalne na oku lewem: światłowstręt, łzawienie, nastrzykanie rzęskowe, zwężenie źrenicy i bardzo znaczna bolesność dotykowa. Nazajutrz przyłączył się do tego dość znaczny obrzęk spojówki gałkowej. Wszystkie te objawy pod wpływem ciepłych okładów i leczenia dyetetycznego w ciągu kilku dni ustąpiły, a równocześnie ustąpiło podniesienie ciepłoty, podniesienie tętna, oraz ogólne osłabienie. Wobec braku jakichkolwiek poszlak co do kiły i innych chorób ogólnych, mogących stanowić tło dla takiego zadrażnienia tęczówki i ciała rzęskowego, wprowadza autor cierpienie oczne w związek przyczynowy z dokonanem szczepieniem ospy. *K. W. Majewski.*

Rohmer. **Grypa, a wypadek przy pracy.** (*Arch. d'Ophtal.*, 1907, Nr 6). U 14-let. robotnika metalurgicznego, który podawał, że odprysk żelaza utkwił mu w oku prawem, rozwinęła się w ciągu 24 g. po tym rzekomym wypadku ropna *panophthalmitis*, z powodu której autor gałkę wyłuszczył. Bezpośrednio jednak pojawiły się objawy ropnego zapalenia opon mózgowych i chory w kilka dni potem umarł. Szczegółowe badanie anatomiczne wyjętej gałki ocznej nie wykazało ani żadnego zewnętrznego uszkodzenia, ani ciała obcego. Z ropy, wypełniającej całe wnętrze gałki, wyrosły gronkowce złociste w czystej hodowli. Te same bakterye wykazano również w ropie, zebranej przy sekcyi na oponach mózgowych. Autor wyłącza tutaj jakiekolwiek uszkodzenie oka, a tem bardziej ciało obce, natomiast przyjmuje przerzutową *panophthalmitis*, która bądźto wystąpiła równocześnie z takiemże zapaleniem opon mózgowych na tle influency, lub też była dla tego zapalenia opon punktem wyjścia. *K. W. Majewski.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska ogłasza, co następuje:

Z końcem października przystąpi Izba lekarska wschodnio-galicyjska do rozdania reszty kwoty, przysłanej ze Związku Tow. lek., w wysokości 1,492 K. Uprawnione do otrzymania zapomogi wdowy i sieroty po lekarzach, którzy mieszkali w obrębie Izby lekarskiej wsch.-gal., zechcą wnieść najdalej do 20. października b. r. należycie udokumentowane podanie do Izby lekarskiej (ul. Dominikańska l. 11). Prezydent: *Dr Festenburg.*

Izba lekarska wschodnio-galicyjska ogłasza następujące:

Ostrzeżenie.

Lekarz powiatowej Kasy chorych w Bóbrce z siedzibą w Dunajowie, podjął starania celem poprawy warunków pracy w tej Kasie. Wzywa się wszystkich kolegów, aby w razie ewentualnego zatargu tego lekarza z zarządem Kasy i skutkiem tego wypowiedzenia mu tej posady, nie obejmowali jej, jakoteż nie kompetowali o posadę lekarza Kasy chorych w powiecie przemyślańskim, w którym budowę kolei żelaznej objęła firma Jokel & Jonas. *Dr Festenburg*, prezydent.

Prezydyum Państw. Związku org. lek. austr. ostrzega przed przyjmowaniem posady w Kirchschlag w Czechach, jako takiej, z której lekarz niemal wyżyć nie może. Wyjaśnień udzielają Dr Schlesinger w Opfoldeshaid i Dr Lorian w Krummau. Prezydent: *Dr Janeczek.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 15. do 21. IX. 1907 urodziło się dzieci żywo 59, nieżywo 3; zmarło osób 51, z tego z gruźlicy 16 (obcych 7), z zapalenia płuc 3, śmiercią gwałtowną 2 (1). — Od 22. do 28. IX. 1907 urodziło się dzieci żywo 49, nieżywo 9; zmarło osób 53 (w tem obcych 21), z nich z gruźlicy 14 (6), z zapalenia płuc 7 (1), płonicy 2. *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 22. do 28. IX. 1907 było przypadków (bez obcych): płonicy 9 † 2, błonicy 2, ospianki 1, nagminnego zapalenia przyusznicy 1, róży 5. *W.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 15. do 21. IX. 1907 było przypadków: błonicy 9, kokluszu 5, płonicy 14, odry 3, duru brzusznego 6 † 5. — Od 22. do 28. IX. 1907 było przypadków: błonicy 6 (w tem obcych 3), krztuśca 6 (3), płonicy 19 † 1 (1), odry 3 (1), duru brzusznego 7 (5), czerwonki 1 (1). *L.*

Wiadomości bieżące.

Sprawa budowy zakładu dla obłąkanych w zachodniej części Galicyi przewlekała się kilka lat z powodu trudności znalezienia odpowiedniego miejsca pod budowę. Obecnie wybrał Wydział krajowy po wysłuchaniu opinii fachowych znawców wieś Kobierzyn koło Podgórza, w odległości niewielu kilometrów od Krakowa. Zarazem, jak opiewa przedłożone Sejmowi sprawozdanie: »postanowił Wydział krajowy, uznając motywy, a zarazem czyniąc zadość życzeniom ankiety, która obradowała nad programem budowy, jeszcze przed otwarciem zakładu pozyskać odpowiednią siłę psychiatryczną na dyrektora przyszłego zakładu. Dla dobra zakładu okazało się bowiem niezbędnem współdziałanie jego przyszłego kierownika już przy wygotowywaniu planów, następnie przy decydowaniu o szczegółach budowy i specyalnych urządzeniach przyszłego zakładu, wreszcie przy ustalaniu jego organizacyi. W tym celu zaangażował Wydział krajowy, zasiągnąwszy opinii powag psychiatrycznych, dyrektora zakładu dla umysłowo chorych w Kochanówce pod Łodzią, dra Jana Mazurkiewicza, któremu polecił jeszcze w bieżącym roku odbyć podróż za granicę w celu oglądnięcia na miejscu nowożytnych zakładów dla obłąkanych i zebrania szczegółów urządzeń, zdobytemi doświadczeniami udoskonalonych«.

Wydział krajowy wnosi, aby Sejm zatwierdził ogólny program powstać mającego zakładu obłąkanych w Kobierzynie, oraz kosztorys urządzenia tego zakładu, opiewający na 4,321.600 K. Sejm upoważnić ma zarazem Wydział krajowy do zamianowania dyrektora dla przyszłego zakładu, z płacą równającą się poborom dyrektora krajowego zakładu obłąkanych w Kulparkowie. — Wniosek ten, przedstawiony Sejmowi w d. 1. X. b. r., odesłany został do sejmowej komisyi sanitarnej.

Można więc w najbliższych już dniach oczekiwać ostatecznego załatwienia ważnej tej sprawy, które uczyni zadość jednej z piekących potrzeb szpitalnictwa krajowego. Koła lekarskie powitają ten doniosły wniosek Wydziału krajowego z żywem zadowoleniem, temwięcej, że Wydział krajowy poszedł tym razem za radami fachowej ankiety, zwołanej w tej sprawie. Wybrany teren pod budowę w Kobierzynie zdaje się istotnie z wielu względów odpowiedniejszy, jak to mieliśmy także sposobność stwierdzić, od innych terenów, które dawniej miano na oku, jeżeli już nie znaleziono dobrego miejsca pod zakład jeszcze bliżej Krakowa po tej stronie Wisły. Mianowanie już teraz przyszłego kierownika zakładu jest okolicznością ze wszech miar pomyślną, a wybór jego, choć dokonany z pominięciem zwykłych form konkursowych, budzi nadzieję, że dalszy tok sprawy przebiegać będzie pomyślnie i że przyszły zakład odpowie oczekiwaniom kół lekarskich i całego kraju.

Kraków. Prof dr Stanisław Ciechanowski, naczelny redaktor »Przeglądu«, powrócił i objął swoje obowiązki.

— Piekąca potrzeba nowych łazienek hydropatycznych i borowinowych w Krynicy zbliża się do zaspokojenia, gdyż po wielu trudnościach powiodło się skojarzonym zabiegom Koła polskiego w Wiedniu, Namiestnika i ministerstwa dla Galicyi przy życzliwości ministra finansów dra Korytowskiego zapewnić wstawienie na ten cel do budżetu państwowego na rok 1908 kwoty 250.000 koron.

— Miasta prowincyonalne budzą się coraz bardziej z uśpienia na polu sanitarnem, nietylko co do większych prac asanizacyjnych (wodociągi, kanalizacya), ale i co do rzeczywistego wykonawstwa higieny codziennej. Tak np. rada miejska w Tarnowie wydała szereg przepisów w ważnych sprawach (higiena produktów spożywczych, jak mięsa i nabiału, higiena zakładów fryzyerskich, hoteli, zajazdów i t. d.). Podobne zarządzenia wydano w Przemyślu (co do nabiału i t. p.).

— W wychodzącem w Krakowie czasopiśmie »Miłosierdzie chrześcijańskie« ogłosił ks. Jan Rzymełka, C. Miss., obszerniejszy artykuł »O stanie szpitalnictwa w Królestwie Polskiem«, oparty głównie na znanem dziele: »Medycyna w samorządzie«.

Lwów. Komisya banku krajowego załatwiła petycyę Krynicy o otwarcie kredytu na domy drewniane w ten sposób, że poleciła Wydziałowi krajowemu przeprowadzenie takiej zmiany statutu banku, któraby umożliwiała udzielenie wydatnego kredytu na kryte materyałem ogniotrwałym domy czynszowe drewniane w krajowych zdrojowiskach i uzdrowiskach.

— Dyplom doktora wszech nauk lekarskich »sub auspiciis imperatoris« uzyskał p. Zdzisław Tomaszewski, rodem z Krakowa. Była to pierwsza promocya »sub auspiciis« na Wydziale lekarskim lwowskim.

Warszawa. Wśród wykładów z działu przyrodniczego, zapowiedzianych na r. b. przez »Towarzystwo wyższych kursów naukowych«, znajdują się fizyologia (J. Sosnowski), embryologia doświadczalna (J. Tur), antropologia (K. Stołyhwo), biologia patologiczna (D. Hellin), morfologia i fizyologia ogólna układu nerwowego (M. Stefanowska).

— Ministeryum oświaty zarządziło, by lekarze szkolni urządzili wykłady i konferencye z uczniami o chorobach zakaźnych wogóle, a cholerze w szczególności, i by uczniom rozdawano bezpłatnie broszurę ze wskazówkami, jak się należy zachować, aby ustrzedz się przed cholerą.

— Dnia 20. października r. b. rozpocznie się w pracowni bakteryologicznej dra St. Serkowskiego w Warszawie (ul. Włodzimierska Nr 1) kurs bakteryologii, połączony z zajęciami praktycznemi, dla lekarzy, przyrodników i farmaceutów. Wobec ograniczonej liczby słuchaczów zapisywać się można wcześniej, codziennie w godzinach rannych od 10-tej do 11-tej, lub listownie.

— Z końcem r. z. zorganizowane w Warszawie »Stowarzyszenie pomocy lekarskiej dla ubogich żydów« udzieliło w pierwszym roku działalności 7058 posad lekarskich w mieszkaniach ubogich. Wiceprezesem Towarzystwa jest dr H. Higier.

— Prezydent miasta utworzył komisyę, która ma przyjąć na rzecz miasta szpitale warszawskie i opracować zasady zarządu tymi szpitalami, a do której wejdą także przedstawiciele z wyboru Towarzystw higienicznego i lekarskiego. Towarzystwo higieniczne wybrało do tej komisyi dra T. Dunina i adwokata p. Strzembosza.

— Szpital w Tworkach przechodzi pod zarząd gubernialnej warszawskiej Rady dobroczynności.

— Towarzystwo kolonii letnich wysłało w r. b. na kolonie 2742 słabowitych dzieci (z nich do Ciechocinka 400).

— Potrzeba lekarza w miasteczku Ciechanowiec, w gub. łomżyńskiej (około 8000 mieszkańców). Stale praktykuje tam dwu lekarzy. Obecnie, z powodu zamierzonego wyjazdu jednego z nich, jest do objęcia miejsce po nim. Praktyka dobra. Po szczegółowe informacye należy zwracać się do dra Dąbrowskiego w Ciechanowcu.

Z różnych stron. *Komitet fundacyi im. Roberta Kocha dla zwalczania gruźlicy prosi nas o ogłoszenie następującej wiadomości:*

Komitet, zawiązany pod przewodnictwem ministra dra v. Studta celem utworzenia »Fundacyi im. Roberta Kocha dla zwalczania gruźlicy«, ogłasza odezwę, wzywającą do ofiar na ten cel. Fundacya ta utworzoną zostaje z okazyi ćwierćwiekowej rocznicy odkrycia prątka gruźliczego na pamiątkę faktu, który stał się podstawą dzisiejszej nauki o chorobach zakaźnych. Celem fundacyi, oprócz uczczenia znakomitego badacza, jest popieranie badań naukowych, a przez to i praktycznych usiłowań zwalczania gruźlicy. Wobec tego, że gruźlica zabiera jeszcze wiele ofiar (w samych Niemczech w jednym r. 1905 okrągło 122.000), jest popieranie takich badań koniecznością i pragnąć należy, aby na rzecz fundacyi wpływały jaknajobfitsze dary. Komitet uprasza o nie pod adresem banku S. Bleichrödera (Berlin, Behrenstrasse 63), a dokładniejszych wyjaśnień udziela sekretarz komitetu, prof. dr J. Schwalbe, redaktor »Deutsche med. Wochenschrift«, (Berlin W. 35).

— XIV. międzynarodowy kongres higieniczny zgromadził w d. 22—28 z. m. w Berlinie około 4000 uczestników, wśród nich kilkudziesięciu Polaków ze wszystkich trzech zaborów.

Mianowani: Krajowy inspektor sanitarny, dr Zdzisław Lachowicz asesorem, a starszy lekarz pow., dr Kalikst Krzyżanowski zastępcą asesora sądu rozjemczego przy zakładzie ubezpieczeń robotników od wypadków we Lwowie.

Dr Paweł Römer prof. okulistyki w Gryfii; Prof. Opitz prof. położnictwa w Düsseldorfie; Prof. de la Camp prof. farmakologii w Erlangen; Prof. Ortner prof. med. wewnętrznej w Insbruku; Doc. Matzenauer prof. chorób skórnych i wenerycznych w Gracu; Doc. Ružička prof. n. hygieny, doc. Jedlička prof. chirurgii na czeskim uniwersytecie w Pradze.

Zmarli: Dr Powell prof. chirurgii w Nowym Yorku.

Dr Józef Rożański we Lwowie, były prymaryusz oddziału chorób skórnych i wenerycznych, były prezydent Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej, zasłużony pracownik w zakresie spraw zawodowych stanu lekarskiego. Dr Władysław Babiński w 73 r. ż. na Podolu.

Redakcya otrzymała: Sabina Maciesza-Jeleńska. Mittheilungen über den Befund von Plasmazellen bei tuberkulöspneumonischen Processen. Odb. »Beitr. zur Klinik der Tbk.«. — Wernic: Sto przypadków leczenia dymienic metodą Biera. Odb. »Przegl. chorób skórnych«. — Talko-Hryncewicz: Drewnie aborigeni Zabajkalja w zrawnenii z sowremennimi inorodciami. Odb. »Trud. Troickosawsk. Odt. russk. Geogr. Obszcz.« 1906. — Karczewski: O ciąży śródmiąższowej. Odb. »Medycyna«.

Artykuły oryginalne w polskich pismach lekarskich we wrześniu 1907: *Gazeta lekarska Nr 34—37:* Motz i Majewski: O raku gruczołu krokowego na podstawie badań anatomo-patologicznych i klinicznych. Bornstein (c. d.). Żebrowski: W sprawie uleczalności i pooperacyjnego leczenia ropnicy pochodzenia usznego. Saks: Sześć przypadków cięcia cesarskiego z zejściem pomyślnem dla matki i dziecka. Pisarzewski: Dwa nowe przypadki pubiotomii. Heryng: Gruźlica migdałków i gardzieli. Jaworski J.: Przeszkody w rozwoju czasopiśmiennictwa lek. polskiego, sposoby ich usunięcia, reformy potrzebne. — *Medycyna Nr 35—39:* Wertheim: O zwichnięciu urazowem stopy ku tyłowi. Orłowski: Statystyka szczepień ochronnych przeciw wściekliźnie w roku 1905. Endelmann: Hebosteotomia z pomyślnym wynikiem dla matki i dziecka. Justmann: O leczeniu swędzenia na tle żółtaczki przewlekłej. Robin: O próbie desmoidalnej Sahliego. Badanie sprawności żołądka bez pomocy zgłębnika żołądkowego. Saks: Przypadek sectionis caesareae vaginalis (według Dührssena). Leśniowski: W sprawie techniki laparotomijnej. O wlewaniach roztworu NaCl do otrzewny. Paszkiewicz: O utrwalaniu i przechowywaniu preparatów anatomicznych z utrzymaniem ich barwy naturalnej. Bieliński: Wydział lekarski królewskiego uniwersytetu warszawskiego (1817—1831). — *Tygodnik lekarski Nr 36—39:* Franke: Doświadczenia nad wpływem i różnicą działania tuberkuliny ludzkiej i bydlęcej na skład krwi i narządy krwiotwórcze. Rencki (c. d.). Walczyński: W sprawie zaopatrywania miast, miasteczek i wsi w wodę. Schneider: O zespole objawów Adams-Stockesa. Sołomowicz: O rzekomem porażeniu opuszkowem u dzieci. — *Kronika lekarska Nr 18:* Sędziak: Etyologia porażeń nerwów krtaniowych dolnych czyli wstecznych. Dudrewicz: O zapobieganiu cierpieniom narządu słuchowego. — *Krytyka lekarska Nr 9:* Kohn: Urywek z pamiętnika. — *Głos lekarzy Nr 18—19:* Mikołajski: 1) Sejm krajowy. 2) Potrzeba pragmatyki służbowej dla lekarzy okręgowych. 3) Najwyższa Rada Zdrowia. 4) Ustawa o zwalczaniu chorób zakaźnych. — W sprawie udostępnienia pomocy lekarskiej dla ubogich chorych. — Niektóre dawniejsze rozporządzenia państwowe przeciw partactwu lekarskiemu. — Przeciw szczepieniu. — »Wzajemna pomoc kobiet«. Bernadzikowski: Przestroga dla kandydatów na lekarzy okręgowych. — Stosunek Wydziału krajowego do Izb lekarskich. — W sprawie reformy szpitalnictwa. — *Nowiny lekarskie Nr 9:* Eisenberg: Nowe drogi i nowe zagadnienia w nauce o odporności. — *Kronika dentystyczna Nr 9:* Krakowski i Ziemens: Przypadek wypełnienia obturatorem znacznego ubytku, powstałego po resekcyi górnych kości szczękowych. — *Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego 1907, z. II, t. 104:* Bieliński: Kliniki królewskiego warszawskiego uniwersytetu. Giedroyć: Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce. — *Przegląd chorób skórnych i wenerycznych Nr 6:* Wernic: Sto przypadków leczenia dymienic metodą Biera. — *Zdrowie Nr 9:* Stanisławski: Łowicz pod względem higieniczno-społecznym. Kiszkiel: Mleko w Piotrkowie i gubernii piotrkowskiej z punktu widzenia higieny.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.